

## **Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor**

### **Ogólne Warunki Ubezpieczenia**

#### **SPIS TREŚCI**

|   |    |
|---|----|
| I. Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor .....  | 3  |
| 1. Postanowienia ogólne .....   | 3  |
| 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....   | 4  |
| 3. Suma ubezpieczenia .....   | 6  |
| 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia .....   | 6  |
| 5. Składka .....  | 7  |
| 6. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń .....   | 9  |
| 7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia .....  | 9  |
| 8. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń .....   | 11 |
| 9. Fundusze .....   | 11 |
| 10. Aktywa funduszy i opłaty .....  | 12 |
| 11. Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa .....   | 13 |
| 12. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń .....   | 13 |
| 13. Wykup ubezpieczenia .....   | 15 |
| 14. Postanowienia końcowe .....   | 16 |
| II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia<br>Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku .....                 | 18 |
| III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia<br>Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania .....  | 20 |
| IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia<br>Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku ..... | 24 |
| V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia<br>Dzienne Świadczenie Szpitalne .....                          | 28 |
| VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia<br>na Wypadek Operacji Ubezpieczonego .....                    | 33 |
| VII. Zasady Działania Funduszy .....  | 37 |
| VIII. Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA .....   | 42 |
| IX. Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA .....   | 44 |
| X. Katalog Operacji WARTY VITA .....  | 47 |
| XI. Tabela opłat .....  | 49 |



## Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA VITA" Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń, z ubezpieczającymi**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
  - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
  - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
  - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
  - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, na podstawie której zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający opłaca składkę,
  - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
  - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
  - 7) **górnny limit sumy ubezpieczenia** - maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu minimalnej składki początkowej, wieku, płci ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie ubezpieczenia,
  - 8) **dolny limit sumy ubezpieczenia** - minimalną sumę ubezpieczenia, określoną przez zakład ubezpieczeń w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust.4,
  - 9) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
  - 10) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
  - 11) **miesiąc polisowy** - pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesięcy kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje; w rozumieniu niniejszych OWU stanowi również miesiąc trwania umowy ubezpieczenia,
  - 12) **rok polisowy** - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
  - 13) **Fundusz** - wydzieloną część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
  - 14) **minimalna składka początkowa** - kwotę określoną w umowie ubezpieczenia, która jest obliczana na podstawie: wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka,
  - 15) **składka** - kwotę wpłaconą przez ubezpieczającego w wysokości nie mniejszej niż minimalna wpłata,

- 16) **wpłata** - kwotę wpłaconą przez ubezpieczającego tytułem składki w wysokości nie mniejszej niż minimalna wpłata, w rozumieniu niniejszych OWU wpłata traktowana jest na zasadach określonych dla składki,
- 17) **minimalna wpłata** - wysokość minimalnej jednorazowej wpłaty tytułem składki określona przez zakład ubezpieczeń we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w umowie ubezpieczenia,
- 18) **alokacja składki** - procent, określający jaką część składki przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
- 19) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** - cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 20) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 21) **wartość wykupu** - kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w przypadkach określonych w OWU,
- 22) **wartość częściowego wykupu** - kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 22,
- 23) **wartość polisy** - kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 24) **minimalna wartość polisy** - kwotę ustalaną okresowo przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4,
- 25) **nabywanie jednostek uczestnictwa** - przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu.
- 26) **wielkość ryzyka** - kwotę równą sumie ubezpieczenia (a w przypadku Pakietu Minimalnego 20% sumy ubezpieczenia) pomniejszonej o wartość polisy i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku, gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym określonym w Pakiecie Podstawowym, z zastrzeżeniem ust.3.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust.2, o dodatkowe ryzyka - w zależności od Pakietu ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia wskazanych w określonym Pakiecie lub Pakietach. Ubezpieczający wskazuje zakres ubezpieczenia, spośród Pakietów wymienionych poniżej, we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wskazanie określonego Pakietu ubezpieczenia jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o zawarcie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach danego Pakietu. Zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach poszczególnych Pakietów jest następujący:

|    | Zakres ubezpieczenia                                  | <b>Pakiet<br/>Podstawowy</b>   | <b>Pakiet<br/>Wypadkowy</b> | <b>Pakiet<br/>Zdrowotny</b> | <b>Pakiet<br/>Zdrowotny +</b>               |
|----|---|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
|    |   | Wysokości świadczeń (określone w % sumy ubezpieczenia, jeżeli w umowie ubezpieczenia nie zostało wskazane inaczej) |                             |                             |   |
| 1) | Zgon ubezpieczonego                                   | 100%   | -                           | -                           | -   |
| 2) | Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku                  | -  | 100%                        | -                           | -   |
| 3) | Powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku | -  | 100%                        | -                           | -   |
| 4) | Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania   | -  | -                           | 50%                         | -   |
| 5) | Ubezpieczenie na Wypadek Operacji ubezpieczonego      | -  | -                           | -                           | na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia |
| 6) | Dzienne Świadczenie Szpitalne                         | -  | -                           | -                           | na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia |

4. Ubezpieczający ma prawo do zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonej w umowie ubezpieczenia poprzez rezygnację lub dokupienie określonego Pakietu lub Pakietów, o których mowa w ust. 3, po upływie 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku złożonego do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego i skierować ubezpieczonego na badania lekarskie.
5. Złożenie wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez rezygnację z określonego Pakietu lub Pakietów jest równoznaczne z wypowiedzeniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach danego Pakietu, co skutkuje rozwiązaniem tych umów z upływem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Złożenie wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez dokupienie określonego Pakietu lub Pakietów jest równoznaczne z wnioskiem o zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia dotyczących zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia w ramach danego Pakietu.
6. Zmiana zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez dokupienie określonego Pakietu może być dokonana wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa powyżej, nie ukończył 50 lat oraz pod warunkiem, że wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym równa jest co najmniej minimalnej wartości wymaganej przy rozszerzeniu zakresu ochrony, określonej w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
7. Na podstawie wniosku o którym mowa w ust. 4 można uczynić przedmiotem zmiany więcej niż jeden Pakiet.
8. Zmiana, o której mowa w ust. 4, jest możliwa raz w roku polisowym.
9. Zmiana, o której mowa w ust. 4, obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym zakład ubezpieczeń zaakceptował wniosek, o którym mowa w ust.4.
10. Przy każdym złożeniu wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej pobierane są opłaty określone przez zakład ubezpieczeń w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
11. W przypadku niespełnienia warunków określonych przez zakład ubezpieczeń, od których zależy zawarcie umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie określonym w Pakiecie Minimalnym, obejmującym zgon ubezpieczonego oraz zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku, na zasadach określonych w ust.12 i 13 oraz w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.

12. W ramach Pakietu Minimalnego wysokość sumy ubezpieczenia równa jest wysokości dolnego limitu sumy ubezpieczenia, określonego w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust.4, obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
13. W ramach Pakietu Minimalnego w przypadku zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości większej z wartości: 20% sumy ubezpieczenia lub wartości polisy.
14. W przypadku akceptacji przez ubezpieczającego zakresu określonego w Pakiecie Minimalnym, zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości świadczeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia mogą ulec zmianom tylko na podstawie porozumienia stron.
15. W przypadku rozwiązania jakiegokolwiek dodatkowej umowy objętej danym Pakietem, rozwiązaniu ulegają wszystkie umowy dodatkowe, objęte tym Pakietem.

## **SUMA UBEZPIECZENIA**

### **§ 3**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie: wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, minimalnej składki początkowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i potwierdzana w polisie.

## **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 4**

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust.4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w §2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

11. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem ust. 12.
12. Przez pierwsze 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość sumy ubezpieczenia nie mogą ulec zmianie.
13. Przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego.

## **SKŁADKA**

### **§ 5**

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania pierwszej składki w wysokości nie mniejszej od minimalnej składki początkowej wskazanej w umowie ubezpieczenia w trybie wskazanym w ust.4 i w § 8 ust.2 .
2. Każdą następną składkę ubezpieczający może zapłacić w dowolnym terminie w wysokości odpowiadającej co najmniej minimalnej wpłacie , z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
3. Minimalna składka początkowa nie podlega indeksacji w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest dokonać wpłaty w wysokości minimalnej składki początkowej wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie niższej niż kwota określona przez zakład ubezpieczeń we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
5. W przypadku, gdy do końca 6 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający nie dokona wpłat w łącznej wysokości nie mniejszej niż dwukrotność minimalnej składki początkowej, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uregulowania należności, w dodatkowym terminie wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem, iż w przypadku nieuregulowania należności, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem 6 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy do końca 24 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający nie dokona wpłat w łącznej wysokości nie mniejszej niż sześciokrotność minimalnej składki początkowej, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uregulowania należności, w dodatkowym terminie wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń. W przypadku nieuregulowania należności, zakład ubezpieczeń pobiera opłatę w wysokości 15% wartości różnicy pomiędzy sześciokrotnością minimalnej składki początkowej o której mowa powyżej a sumą wpłaconych przez ubezpieczającego składek w okresie do 24 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia. Opłata zostaje pobrana przez zakład ubezpieczeń w terminie 60 dni od dnia dodatkowego terminu określonego przez zakład ubezpieczeń o którym mowa powyżej, ze środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego, poprzez odliczenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej wartości tej opłaty, według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w ostatnim dniu 24 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia.
7. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: kwota składki wpłynęła na rachunek zakładu ubezpieczeń w wysokości nie mniejszej niż minimalna wpłata określona przez zakład ubezpieczeń odpowiednio we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub umowie ubezpieczenia oraz zakład ubezpieczeń otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku wpłaty składki dokonanej przez ubezpieczającego w wysokości niższej niż minimalna wpłata, zakład ubezpieczeń dokonuje zwrotu wpłaconej kwoty, z zastrzeżeniem § 8 ust. 2.

## § 6

1. Ubezpieczający, z zastrzeżeniem §4 ust.12, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
  - 1) w ciągu 6 miesięcy od zajścia co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
    - a) zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
    - b) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu,
    - c) przysposobienia przez ubezpieczonego dziecka,
  - 2) w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem wyrażenia zgody przez zakład ubezpieczeń.
2. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż górny limit sumy ubezpieczenia.
3. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż wielkość określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust.4.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), możliwe jest jedynie trzy razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, nie częściej niż raz w roku polisowym, za każdym razem maksymalnie o 30%.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), może być dokonane:
  - 1) o wskaźnik określony w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust.4 - podwyższenie takie możliwe jest raz w roku polisowym i jest wolne od opłat,
  - 2) o wskaźnik wyższy od wskazanego w pkt. 1) - podwyższenie takie możliwe jest maksymalnie 2 razy w roku polisowym, przy czym przy każdym złożeniu wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia pobierane są opłaty określone przez zakład ubezpieczeń w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
  - 3) wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa powyżej, nie ukończył 50 lat.
6. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia powyżej wskaźnika, o którym mowa w ust. 5 pkt. 1), zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego i skierować ubezpieczonego na badania lekarskie.
7. Kwota, o jaką podwyższana jest suma ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1, nie może być niższa niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń i określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
8. Podwyższona suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym:
  - 1) ubezpieczający złożył do zakładu ubezpieczeń wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia, wraz z załącznikami potwierdzającymi zajście zdarzenia- w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1),
  - 2) zakład ubezpieczeń wyraził zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia, o jakie wnioskował ubezpieczający - w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2).

## § 7

1. Ubezpieczający, z zastrzeżeniem § 4 ust.12, ma prawo złożyć wniosek o obniżenie sumy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń pobiera opłatę na zasadach określonych w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
3. Obniżenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, możliwe jest maksymalnie 2 razy w roku polisowym.
4. Obniżona suma ubezpieczenia, o której mowa w ust.1, nie może być niższa niż dolny limit sumy ubezpieczenia.
5. Obniżona suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczający złożył do zakładu ubezpieczeń wniosek o obniżenie sumy ubezpieczenia.



6. Kwota, o jaką obniżana jest suma ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1, nie może być niższa niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń i określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4

## **CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ**

### **§ 8**

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, w zakresie zdarzenia, o którym mowa w §2 ust.2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki, zgodnie z postanowieniami § 5 ust.4, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku, gdy kwota wpłaconej przez Ubezpieczającego minimalnej składki początkowej wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jest mniejsza niż kwota minimalnej składki początkowej wynikająca z umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uregulowania różnicy pomiędzy kwotą wpłaconą przez Ubezpieczającego zgodnie z § 5 ust.4 a minimalną składką początkową, w dodatkowym terminie, pod rygorem rozwiązania umowy z upływem tego dodatkowego terminu.
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust.2, składka wpłacona przez ubezpieczającego zgodnie z § 5 ust.4 stanowi składkę należną za okres od dnia zawarcia do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
5. Z dniem określonym w ust. 4 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

## **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 9**

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
  - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
  - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
  - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 5 i § 8 ust. 2,
  - 4) zgonu ubezpieczonego - w dniu zgonu,
  - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 22 ust 2 - w dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia,
  - 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 15 za dany miesiąc polisowy - na zasadach określonych w ust.2 - 4.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 6), umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, na zasadach określonych w ust.3 - 4, z ostatnim dniem okresu za który ww. opłaty zostały pobrane, przy czym okres ten wyznaczany jest na podstawie iloczynu liczby dni danego miesiąca polisowego (tj. miesiąca polisowego, w którym wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym spadła poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 15 za ten miesiąc polisowy) oraz stosunku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym wg stanu na pierwszy dzień tego miesiąca polisowego do kwoty opłat należnych za ten miesiąc polisowy.
3. Zakład ubezpieczeń poinformuje ubezpieczającego w formie pisemnej o możliwym spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym poniżej poziomu wystarczającego na pokrycie opłat określonych w § 15 za dany miesiąc polisowy i wyznaczy termin do wpłaty kwoty określonej przez zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Jeżeli ubezpieczający nie dokona zakładowi ubezpieczeń, w terminie, o którym mowa w ust. 3, wpłaty w wysokości kwoty, o której mowa w ust. 3, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, o którym mowa w ust.2 .
5. W przypadku określonym w ust.4, wszystkie składki wpłacone przez ubezpieczającego po terminie określonym przez zakład ubezpieczeń, o którym mowa w ust. 3, podlegają zwrotowi.

## **§ 10**

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy, z zastrzeżeniem §11.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia dokonywane jest na podstawie wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez ubezpieczającego. W takim przypadku umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup, z zastrzeżeniem § 11 ust. 5.

## **§ 11**

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki lub wypłata wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń, w zależności od terminu odstąpienia od umowy ubezpieczenia oraz od wyboru ubezpieczającego, dotyczącego terminu nabycia jednostek uczestnictwa. Na podstawie wyboru ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w przypadku wpłaty pierwszej składki:
  - 1) nabycie jednostek uczestnictwa następuje na zasadach określonych w § 16
  - 2) nabycie jednostek uczestnictwa następuje po upływie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w 31 dniu licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku dokonania wyboru, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia doręczenia polisy, wypłacona jest wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nie więcej niż wysokość wpłaconej składki. Przy dokonaniu wypłaty, o której mowa powyżej, potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość i sposób pobierania określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 25 ust. 4.
3. W przypadku dokonania wyboru, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot wpłaconej składki. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego w okresie pomiędzy 30 dniem od zawarcia umowy ubezpieczenia, a 30 dniem od doręczenia polisy, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nie więcej niż wysokość wpłaconej składki.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca, na zasadach określonych w § 22, na podstawie wniosku ubezpieczającego o wykup (stanowiącego jednocześnie wypowiedzenie umowy ubezpieczenia) złożonego do zakładu ubezpieczeń.
5. Przy ustalaniu wartości wykupu, o którym mowa w ust. 4 zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

## WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

### § 12

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
  - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
  - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust.1 następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 22.

## FUNDUSZE

### § 13

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w których inwestowane będą składki wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczone są wpłacane składki, z zastrzeżeniem § 14.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki.

### § 14

1. Składki w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. Alokacja składki wynosi: w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia - 80%, w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia - 92%, natomiast w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia - 95%. Pozostała część składki, ponad wskazany poziom alokacji, nie jest lokowana w Funduszach. W przypadku, gdy jednorazowa wpłata składki jest wyższa od kwoty określonej w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4, wówczas alokacja składki zostanie podwyższona do wysokości odpowiednio 88,5% w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia, 94,5% w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia, 96,5% w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń może uzależnić wysokość alokacji od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez zakład ubezpieczeń - w takim przypadku wysokość alokacji ustalana jest w umowie ubezpieczenia.

2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Zrównoważonym. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający w dowolnym terminie może zmienić podział procentowy każdej następnej składki w poszczególnych Funduszach, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami, nie wcześniej jednak niż po upływie 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
5. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez zakład ubezpieczeń.
6. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
7. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę zakładu ubezpieczeń, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
8. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
9. Zakład ubezpieczeń określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu, w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4.
10. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4.

## **AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY**

### **§ 15**

1. Środki Funduszy lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu wpłat składek oraz przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie §18 i §22, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe (w tym również z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia - w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia).
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest i pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
7. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

8. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.
9. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu.
10. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.
11. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i ust. 10 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

## **WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA**

### **§ 16**

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez zakład ubezpieczeń w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki oraz nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 11.
5. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
6. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego i ubezpieczonego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok.

## **USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ**

### **§ 17**

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia §18.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w §21.

### **§ 18**

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub wartości polisy, z zastrzeżeniem § 2 ust. 13.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1 oraz w §2 ust. 13, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.

3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w §19.

### **§ 19**

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje odpowiednio ubezpieczonego lub uprawnionego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia.
6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
9. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

### **§ 20**

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia §21 ust. 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą poczynszony od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę uprawnionego.

### **§ 21**

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego

- udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% świadczenia, przyjmuje się, że udziały uprawnionych w świadczeniu są równe.
  3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
  4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
    - 1) małżonek,
    - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
    - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
    - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
  5. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

## WYKUP UBEZPIECZENIA

### § 22

1. Wartość wykupu w okresie pierwszych 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia wynosi 0, a po upływie tego okresu równa jest wartości polisy pomniejszonej o opłaty likwidacyjne, określone w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4.
2. Ubezpieczający ma prawo dokonać wykupu ubezpieczenia po upływie pierwszych 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku dokonania wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup całkowity.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu po upływie 6 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż pozostała po dokonaniu wykupu wartość polisy nie może być niższa niż minimalna wartość polisy określona przez zakład ubezpieczeń w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4.
4. Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu 2 razy w roku polisowym. W przypadku złożenia wniosku o wykup częściowy po raz trzeci w roku polisowym, zakład ubezpieczeń dokonuje wykupu całkowitego ubezpieczenia, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o częściowy wykup.
5. Jeżeli w wyniku dokonania wnioskowanego przez ubezpieczającego częściowego wykupu wielkość ryzyka uległaby podwyższeniu, wniosek o wykup częściowy jest skuteczny i wnioskowany wykup częściowy jest realizowany pod warunkiem wyrażenia zgody przez zakład ubezpieczeń. W powyższym przypadku zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego i skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Decyzję w sprawie wyrażenia zgody na wykup częściowy zakład ubezpieczeń podejmuje w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup częściowy wraz z dokumentami, których dołączenia do wniosku zażądał. Uprawnienie do otrzymania kwoty z tytułu wykupu częściowego wygasa w przypadku zgonu ubezpieczonego przed dniem dokonania wypłaty tej kwoty.
6. Przy ustalaniu wartości wykupu i wartości częściowego wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
7. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust.8.

8. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup, a w przypadku wskazanym w ust. 5 - w ciągu 14 dni od dnia podjęcia przez zakład ubezpieczeń decyzji w sprawie wyrażenia zgody na wykup częściowy.
9. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust.3 i ust.4, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w §25 ust. 4.
10. W przypadku zgonu ubezpieczonego w dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie dokonuje wykupu, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego osobie uprawnionej do tego świadczenia.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 23**

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

### **§ 24**

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Przez dzień złożenia wniosku do zakładu ubezpieczeń (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez zakład ubezpieczeń) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby zakładu ubezpieczeń.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.5.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

### **§ 25**

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Zasady Działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.
4. Wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.



### § 26

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

### § 27

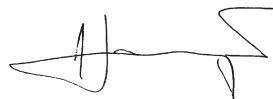
1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

### § 28

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTA VITA” S. A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzyał**

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor (zwanym dalej „OWU”).

### § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego, podpisany także przez ubezpieczonego, wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w §2 OWU.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia poprzez rezygnację z Pakietu, w ramach którego zakresem ubezpieczenia objęte jest zdarzenie, którego dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, z wyjątkiem przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zawarta została w zakresie Pakietu Minimalnego zgodnie z § 2 ust. 11 OWU.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień miesiąca polisowego, za który pobierana jest opłata.
3. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

### § 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu wpłaty pierwszej składki, o której mowa w § 5 ust. 4 OWU.

2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

## § 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust.1, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust.1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
  - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
  - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

## § 7

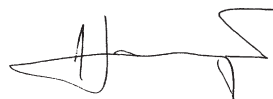
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

## § 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTA VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzyła**

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor (zwanych dalej „OWU”).

### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **katalog poważnych zachorowań** - „Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **dotatkowy katalog poważnych zachorowań** - „Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub w dodatkowym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego, podpisany także przez ubezpieczonego, wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w §2 OWU.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
  - 1) katalog poważnych zachorowań,
  - 2) dotatkowy katalog poważnych zachorowań.
3. Dotatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
4. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust.5.
5. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
6. W przypadku rozwiązania dotatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dotatkową umowę ubezpieczenia poprzez rezygnację z Pakietu, w ramach którego zakresem ubezpieczenia objęte jest zdarzenie, którego dotyczy dotatkowa umowa ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dotatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
8. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

#### § 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust.3 i ust.4.
3. Umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust.1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.

#### § 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania i wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równy jest, w zależności od wyboru opisanego w § 3 ust. 2, wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań lub wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z dodatkowego katalogu poważnych zachorowań.
4. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań oraz wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z dodatkowego katalogu poważnych zachorowań obliczane są na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
5. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań albo odpowiednio wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z dodatkowego katalogu poważnych zachorowań określony jest w umowie ubezpieczenia.

#### § 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu wpłaty pierwszej składki, o której mowa w §5 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust.4.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 5 pkt 2) OWU, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ograniczona jest w okresie pierwszych 3 miesięcy licząc od daty rozpoczęcia obowiązywania podwyższonej sumy ubezpieczenia, do wypłaty świadczenia w wysokości obliczanej na podstawie niższej sumy ubezpieczenia wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej dotychczas w umowie, a wysokością sumy ubezpieczenia obowiązującą w wyniku podwyższenia, o którym mowa w § 6 ust. 5 pkt 2) OWU.

3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
  - a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
  - b) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w §7 ust.1 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

## **§ 7**

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest zakład ubezpieczeń, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
6. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust.8,
  - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
8. W przypadku zawarcia umowy w zakresie dodatkowego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 7 pkt 5) nie mają zastosowania.

9. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 17 OWU.

### § 8

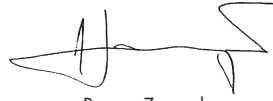
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

### § 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTA VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTA VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTA VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzył**

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor (zwane dalej "OWU").

### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** - całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 4) **częściowe inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w §7 niniejszych Warunków,
- 5) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 6)  **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego, podpisany także przez ubezpieczonego, wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w §2 OWU.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia poprzez rezygnację z Pakietu, w ramach którego zakresem ubezpieczenia objęte jest zdarzenie, którego dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.



#### § 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień miesiąca polisowego, za który pobierana jest opłata.
3. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

#### § 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu wpłaty pierwszej składki, o której mowa w § 5 ust. 4 OWU.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

#### § 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości:
  - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
  - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w §7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w umowie ubezpieczenia - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.
6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Uprawnionym, o którym mowa w ust.1 jest ubezpieczony.

## § 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

| Lp.             | ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ           | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia |      |
|-----------------|--|---|------|
|                 |  | prawe                                     | lewe |
| 1.              | utrata obu przedramion                             | 100                                       |      |
| 2.              | utrata obu ramion                                  | 100                                       |      |
| 3.              | utrata obu ud                                      | 100                                       |      |
| 4.              | utrata obu podudzi                                 | 100                                       |      |
| 5.              | utrata jednego ramienia i jednego uda              | 100                                       |      |
| 6.              | utrata jednego ramienia i jednego podudzia         | 100                                       |      |
| 7.              | utrata jednego przedramienia i jednego uda         | 100                                       |      |
| 8.              | utrata jednego przedramienia i jednego podudzia    | 100                                       |      |
| 9.              | utrata jednej dłoni i jednej stopy                 | 100                                       |      |
| 10.             | utrata wzroku w obu oczach                         | 100                                       |      |
| 11.             | utrata słuchu                                      | 100                                       |      |
| 12.             | utrata mowy całkowita                              | 100                                       |      |
| Kończyny górne: |  |   |      |
| 1.              | utrata jednego ramienia                            | 70  | 65   |
| 2.              | utrata jednego przedramienia                       | 60  | 50   |
| 3.              | utrata jednej dłoni lub utrata części śródreża     | 55  | 50   |
| 4.              | utrata wszystkich palców u ręki                    | 50  | 45   |
| 5.              | utrata kciuka i palca wskazującego                 | 35  | 25   |
| 6.              | utrata kciuka i palca innego niż wskazujący        | 25  | 20   |
| 7.              | utrata kciuka                                      | 20  | 15   |
| 8.              | utrata palca wskazującego                          | 15  | 10   |
| 9.              | utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący   | 5   | 5    |
| Kończyny dolne: |  |   |      |
| 1.              | utrata jednej nogi powyżej kolana                  | 60  | 60   |
| 2.              | utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana | 50  | 50   |
| 3.              | utrata całej stopy lub części śródstopia           | 40  | 40   |
| 4.              | utrata wszystkich palców u stopy                   | 30  | 30   |
| 5.              | utrata czterech palców (łącznie z paluchem)        | 20  | 20   |
| 6.              | utrata palucha                                     | 5   | 5    |
| 7.              | utrata palca innego niż paluch                     | 2   | 2    |
| Głowa:          |  |   |      |
| 1.              | utrata szczęki dolnej                              | 50  |      |
| 2.              | utrata wzroku w jednym oku                         | 40  |      |
| 3.              | utrata słuchu w jednym uchu                        | 30  |      |
| 4.              | utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)      | 30  |      |

2. Użyte w ust.1 poszczególne terminy oznaczają:
- utrata - fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności,
  - ramię - ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
  - przedramię - od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
  - dłoń - palce i śródreże,
  - udo - od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego.
  - podudzie - od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust.1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
  - 6) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionymi przed datą zawarcia umowy,
  - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
  - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
  - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

## § 8

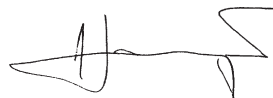
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

## § 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTA VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzyał**

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor (zwane dalej „OWU”).

### § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** - następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach §10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** - kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego, podpisany także przez ubezpieczonego, wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w §2 OWU.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia poprzez rezygnację z Pakietu, w ramach którego zakresem ubezpieczenia objęte jest zdarzenie, którego dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

#### **§ 4**

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

#### **§ 5**

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku i płci ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego określony jest w umowie ubezpieczenia.

#### **§ 6**

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu wpłaty pierwszej składki, o której mowa w §5 ust. 4 OWU.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

#### **§ 7**

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.

3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.

#### **§ 8**

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

#### **§ 9**

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 ust. 2 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

#### **§ 10**

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 ust. 3 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, zakład ubezpieczeń wypłaci oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dzienne świadczenie rehabilitacyjne; dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dzienne świadczenie rehabilitacyjne.
6. Zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 ust. 2 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

#### **§ 11**

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.

3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12 ust. 5; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

## **§ 12**

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia. Wysokość kwoty bazowej nie podlega zmianom w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,5% kwoty bazowej.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek wynosi 1% kwoty bazowej.
4. Stawka dziennego świadczenia rehabilitacyjnego wynosi 0,25% kwoty bazowej.
5. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM wynosi 1,25% kwoty bazowej.

## **§ 13**

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi, leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciężką, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

#### § 14

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
  - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
  - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

#### § 15

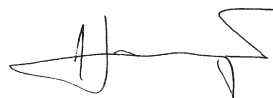
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

#### § 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzył**



## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualny Program Ubezpieczeniowy Warta Inwestor (zwane dalej „OWU”).

### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego, podpisany także przez ubezpieczonego, wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w §2 OWU.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia poprzez rezygnację z Pakietu, w ramach którego zakresem ubezpieczenia objęte jest zdarzenie, którego dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

#### **§ 4**

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

#### **§ 5**

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka operacji ubezpieczonego i kwoty bazowej
3. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku i płci ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.

#### **§ 6**

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu wpłaty pierwszej składki, o której mowa w §5 ust. 4 OWU.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

#### **§ 7**

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

## § 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
  - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
  - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
  - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
  - 4) ciężką, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
  - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
  - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
  - 7) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
  - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
  - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
  - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
  - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
  - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
  - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
  - 16) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

## § 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyty w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia. Wysokość kwoty bazowej nie podlega zmianom w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
  - 1) poziom 1 - 10% kwoty bazowej,
  - 2) poziom 2 - 25% kwoty bazowej,
  - 3) poziom 3 - 50% kwoty bazowej,
  - 4) poziom 4 - 75% kwoty bazowej,
  - 5) poziom 5 - 100% kwoty bazowej.

5. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaci ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji wymienionej w katalogu operacji.

#### § 10

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie powiadomienia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
  - 1) kartę leczenia szpitalnego,
  - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

#### § 11

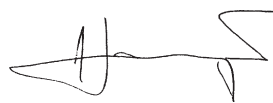
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

#### § 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 9/2004 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzyła**

## **Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**

### **§ 1**

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

### **OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY**

#### **§ 2**

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczającego i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
3. Fundusze tworzone są z odpowiednio regularnych składek lub regularnych składek inwestycyjnych i odpowiednio doraźnych składek lub dodatkowych składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach której prowadzony jest Fundusz.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za regularne składki lub za regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

### **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU BEZPIECZNEGO**

#### **§ 3**

1. Celem Funduszu Bezpiecznego jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu Bezpiecznego obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Bezpiecznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu Bezpiecznego mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
  - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
  - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0 % do 50%,

- 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0 % do 50%,
  - 4) listy zastawne - od 0 % do 30%,
  - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
  6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
  7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU ZRÓWNOWAŻONEGO**

### **§ 4**

1. Celem Funduszu Zrównoważonego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu Zrównoważonego obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Zrównoważonego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Zrównoważonego przedstawia się w sposób następujący:
  - a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
  - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyłeń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie od 0% do 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

## CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU AKTYWNEGO

### § 5

1. Celem Funduszu Aktywnego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - a) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
  - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie od 0% do 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

## CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PAPIERÓW DŁUŻNYCH

### § 6

1. Celem Funduszu Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa WARTA Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa WARTA Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej WARTA Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.

5. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,5% w skali roku.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU TRZECIOFILAROWEGO ZRÓWNOWAŻONEGO**

### **§ 7**

1. Celem Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty lokowane są przede wszystkim w akcje - w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów - oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty, wskazaną w ust. 3.
5. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

## **ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: BEZPIECZNEGO, ZRÓWNOWAŻONEGO I AKTYWNEGO**

### **§ 8**

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów Funduszu.
3. Maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.

## **ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY**

### **§ 9**

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń oraz w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.



2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez zakład ubezpieczeń według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

#### § 10

Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające Ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, lub w przypadku podatków w ciężar wartości wykupu.

#### § 11

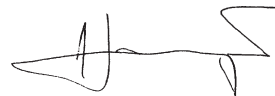
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

#### § 12

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 308/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzył**

## Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA

### § 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (*by-pass*),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów.

### NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

#### § 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
  - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
  - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
  - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień I (T1a, 1b, 1c),
  - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
  - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

### ZAWAŁ SERCA

#### § 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
  - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
  - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
  - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

### UDAR MÓZGU

#### § 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

## **CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ**

### **§ 5**

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

## **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**

### **§ 6**

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie miąższu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

## **PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW**

### **§ 7**

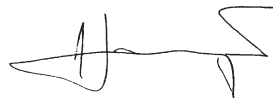
Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

### **§ 8**

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 330/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzył**

## **Dodatkowy Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA**

### **§ 1**

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (*by-pass*),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 8) zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

### **NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY**

#### **§ 2**

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
  - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
  - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
  - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień I (T1a, 1b, 1c),
  - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
  - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

### **ZAWAŁ SERCA**

#### **§ 3**

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
  - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
  - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
  - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

### **UDAR MÓZGU**

#### **§ 4**

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance

mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

## **CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ**

### **§ 5**

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (*by-pass*) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

## **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**

### **§ 6**

Za niewydolność nerek uważa się chroniczną, nieodwracalną, całkowitą zniszczenie miąższu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

## **PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW**

### **§ 7**

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

## **CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA**

### **§ 8**

**Choroba Creutzfeldta – Jakoba** - postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

## **ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV**

### **§ 9**

**Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi)** - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

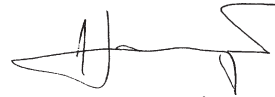
- 1) zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

## § 10

Niniejszy Dodatkowy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 331/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzyła**

## Katalog Operacji Warty Vita

### 1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)\*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)

### 2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) resekcja żołądka
  - częściowa resekcja żołądka (4)
  - całkowita resekcja żołądka (5)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 9b)
  - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
  - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (3)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

### 3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

### 4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

### 5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU

- a) operacje oka
  - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
  - usunięcie gałki ocznej (3)
  - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
  - zabiegi w obrębie ucha środkowego (3)
  - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
  - wewnątrznosowa operacja zatok (3)
  - zewnątrznosowa operacja zatok (4)
  - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (2)

### 6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚCIA

- a) operacje czaszki
  - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
  - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

### 7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki, dróg moczowych (4)
- b) operacje prostaty (3)

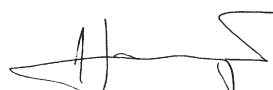
- c) operacje ginekologiczne
  - jajnika i jajowodu (2)
  - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
  - macicy (4)
- d) operacje męskich narządów płciowych (2)
- 8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH**
  - a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
  - b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)
- 9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO**
  - a) operacje tętnic (5)
  - b) operacje żył, żylaki odbytu (2)
- 10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE**
  - a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
  - b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
  - c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
  - d) wycięcie tętniaka serca (5)
  - e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych - PTCA (2)
- 11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE**
  - a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
  - b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)
- 12. OPERACJE TARCZYCY (4)**
- 13. PRZESZCZEPY**
  - a) przeszczep serca (5)
  - b) przeszczep wątroby (5)
  - c) przeszczep nerki (5)
  - d) przeszczep innych narządów (4)

\* w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 119/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 2 kwietnia 2002 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 lipca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu  
„WARTY VITA” S.A.  
**Agenor Jan Gawrzył**



**Tabela opłat do Indywidualnego Programu Ubezpieczeniowego WARTA INWESTOR**

| Rodzaj opłaty  | Opłata   | Tryb pobierania   |
|--|--|---|
| <p>1. Administracyjna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 24 pierwsze miesiące trwania umowy</li> <li>- począwszy od 25 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku, gdy wartość polisy w pierwszym dniu miesiąca polskiego jest w wysokości co najmniej minimalnej wartości polisy począwszy od 25 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia, w przypadku, gdy wartość polisy w pierwszym dniu miesiąca polskiego jest mniejsza niż minimalna wartość polisy</li> </ul> | <p>12 zł<br/>12 zł</p> <p>15 zł</p>  | <p>Opłata pobierana jest w pierwszym dniu miesiąca polskiego poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty</p>  |
| <p>2. Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pierwszy raz w danym roku polisyowym</li> <li>- drugi i kolejny raz w danym roku polisyowym</li> </ul>  | <p>brak opłaty</p> <p>0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 1,5 zł, nie więcej niż 45 zł</p>   | <p>Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej</p>  |
| <p>3. Zmiana podziału procentowego</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pierwszy raz w danym roku polisyowym</li> <li>- drugi i kolejny raz w danym roku polisyowym</li> </ul>   | <p>brak opłaty</p> <p>1,5 zł</p>   | <p>Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu</p> |
| <p>4. Likwidacyjna w przypadku wykupu ubezpieczenia (całkowitego)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- od 7 do 24 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia</li> <li>- od 3 do 5 roku trwania umowy ubezpieczenia</li> <li>- 6 i kolejne lata trwania umowy ubezpieczenia</li> </ul>  | <p>10% wartości polisy plus 1,5% wartości różnicy pomiędzy sześciokrotnością minimalnej składki początkowej a sumą wpłaconych przez ubezpieczającego składek do dnia założenia wniosku o wykup ubezpieczenia, nie mniej niż 2,5 zł</p> <p>5% wartości polisy, nie mniej niż 2,5 zł</p> <p>2,5 zł</p> | <p>Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu</p>  |
| <p>5. Likwidacyjna w przypadku częściowego wykupu ubezpieczenia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- od 7 do 24 miesiąca trwania umowy ubezpieczenia</li> <li>- od 3 do 5 roku trwania umowy ubezpieczenia</li> <li>- 6 i kolejne lata trwania umowy ubezpieczenia</li> </ul>  | <p>10% wartości umarżanych jednostek uczestnictwa, nie mniej niż 2,5 zł</p> <p>5% wartości umarżanych jednostek uczestnictwa, nie mniej niż 2,5 zł</p> <p>1% wartości umarżanych jednostek uczestnictwa, nie mniej niż 2,5 zł</p>  | <p>Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty częściowego wykupu</p>  |
| <p>6. Za rozpatrzenie wniosku o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej</p>  | <p>50 zł</p>   | <p>Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu</p> |
| <p>7. Za zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej</p>   | <p>50 zł</p>   | <p>Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu</p> |
| <p>8. Za rozpatrzenie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia ponad wskaźnik określony przez zakład ubezpieczeń</p>  | <p>0,2% kwoty o jaką wnioskuje się podwyższenie sumy ubezpieczenia, nie mniej niż 50 zł</p>  | <p>Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu</p> |

| Rodzaj opłaty  | Opłata   | Tryb pobierania   |
|--|--|---|
| 9. Za zmianę sumy ubezpieczenia (obniżenie sumy ubezpieczenia lub podwyższenie sumy ubezpieczenia ponad wskaźnik określony przez zakład ubezpieczeń)     | 50 zł  | Opłata pobierana jest poprzez utworzenie jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu |
| 10. Manipulacyjna  | 50 zł  | Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wypłacanej z tytułu odstąpienia od umowy ubezpieczenia   |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi   | 100 zł   | 100 zł  |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu  | 100 zł   | 100 zł  |
| Minimalna kwota wykupu częściowego   | 1200 zł  | 1200 zł   |
| Minimalna wartość polisy   | 1200 zł  | 1200 zł   |
| Dolny limit sumy ubezpieczenia   | 5000 zł  | 5000 zł   |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym wymagana przy rozszerzeniu zakresu ochrony ubezpieczeniowej | 10% sumy ubezpieczenia   | 10% sumy ubezpieczenia  |
| Wskaźnik podwyższenia sumy ubezpieczenia wolnego od opłat  | 3% sumy ubezpieczenia  | 3% sumy ubezpieczenia   |
| Maksymalna podwyższona suma ubezpieczenia  | 1000% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym | 1000% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia  |
| Minimalne zwiększenie lub zmniejszenie sumy ubezpieczenia:   |  |   |
| – zwiększenia sumy ubezpieczenia o wskaźnik podany w tabeli opłat,   | nie dotyczy  | nie dotyczy   |
| – zwiększenia sumy ubezpieczenia w pozostałych przypadkach,  | 5 000 zł   | 5 000 zł  |
| – zmniejszenia sumy ubezpieczenia  | 5 000 zł   | 5 000 zł  |
| Kwota jednorazowej wpłaty składki, powyżej której stosowana jest podwyższona alokacja składki  |  | 10 000 zł   |

Zakład ubezpieczeń może podwyższyć opłaty proporcjonalnie do wzrostu obciążeń finansowych zakładu ubezpieczeń wynikających z przepisów prawa. Wszystkie opłaty oraz limity, wyrażone kwotowo mogą podlegać, w dniu 1 lutego każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez zakład ubezpieczeń nie wyższy niż najniższy z następujących wskaźników: wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nominalnego brutto w sektorze przedsiębiorstw, wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny, 10%.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 10/2004 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 lutego 2004 roku.



Wiceprezes Zarządu „WARTY VITA” S.A.  
**Paweł Bednarek**



Prezes Zarządu „WARTY VITA” S.A.  
**Agnieszka Jan Gawrzył**



